REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/4692/2006** **ATAS/926/2007**

# ARRÊT

# DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

## Chambre 6

## du 3 septembre 2007

En la cause

| | |
|---|---|
| Madame R_____, domiciliée , CHAMBESY, comparant<br>avec élection de domicile en l'étude de Maître GABIOUD Alexia | recourante |

contre

| | |
|---|---|
| OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, GENEVE | intimé |

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges assesseurs.**

## EN FAIT

1. Mme R_____ (ci-après : l'assurée), née le 1947, mariée, est enseignante de diction à l'Etat de Genève (cycle d'orientation) depuis 1970.

2. Dès le 29 avril 2002, elle a été en incapacité totale de travail. Auparavant, elle exerçait son activité à un taux de 63 %. Elle a requis et obtenu sa mise à la retraite anticipée.

3. Le 2 novembre 2002, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en faisant valoir une luxation congénitale des deux hanches ayant entraîné de multiples opérations et provoquant des douleurs et une grande fatigue.

4. Le 18 novembre 2002, le Dr A_____, médecin généraliste FMH, a attesté d'un diagnostic de luxation congénitale de la hanche droite existant depuis la naissance et entraînant une incapacité de travail totale depuis le 29 avril 2002 pour une durée indéterminée. Il suivait la patiente depuis le 23 octobre 1987. A l'âge de sept ans, une prothèse totale de la hanche avait été posée. Depuis, plusieurs opérations avaient eu lieu dont la dernière le 6 août 2002 pour un décollement. Depuis, elle devait marcher en décharge partielle et subissait des douleurs à la hanche droite et au rachis lombaire. Une récupération complète de la hanche droite n'était plus possible et l'activité exercée n'était plus exigible.

5. Le 19 novembre 2002, le département de l'instruction publique genevois a attesté que l'assurée avait débuté son emploi le 1er septembre 1970 et qu'elle était en incapacité de travail totale depuis le 29 avril 2002.

6. Le 18 mars 2003, le Prof.. B_____, chirurgien orthopédiste FMH a l'Hôpital Lindenhof de Berne, a attesté d'une malformation de l'articulation des deux hanches depuis la naissance ainsi que de multiples opérations depuis 1952, dont une opération du genou gauche en mars 2002, jusqu'à celle du 6 août 2002 (changement de la tige prothétique de la hanche droite). L'activité exercée n'était plus exigible. Une activité légère était envisageable avec une diminution de rendement de 60 %.

7. Sur demande de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) la direction générale du service du personnel enseignant a précisé le 25 août 2003 que l'enseignement d'art dramatique (théâtre) nécessitait de n'être ni assis ni aphone.

8. Le 26 août 2003, l'assurée a également informé l'OCAI qu'elle enseignait debout, dans l'aula du collège, les cours durant 45 minutes et s'enchaînant, sans pause.

9. Le 6 octobre 2003, le Prof. B_____ a relevé qu'une reprise de travail n'était pas possible.

10. A la demande de l'OCAI, le Dr C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a effectué une expertise de l'assurée et rendu son rapport le 10 juin 2004. L'assurée se plaignait de douleurs aux deux hanches à l'effort et de douleurs lombaires basses à l'effort ainsi que de douleur au genou gauche à la descente d'escaliers et au genou droit à la montée d'escaliers avec une fatigabilité exagérée.

    Il pose les diagnostics de séquelles de dysplasie de hanche bilatérale avec status après multiples interventions chirurgicales durant l'enfance; status après PTH bilatérale (dernier changement de la tige fémorale en août 2003); status après méniscectomie et abaissement de rotule gauche en mars 2002; status après ostéosynthèse d'une fracture de la clavicule gauche en 1970; lombaires basses de surcharge.

    Dans l'appréciation du cas, il relève que le bilan radiologique actuel semble satisfaisant. Il n'est pas exclu qu'une nouvelle intervention soit nécessaire à moyen terme au niveau de la hanche gauche (changement de la tige ?).

    L'assurée avait des difficultés à respecter des positions debout soutenues, ce qui entraînait une capacité résiduelle de travail de 40 % soit deux heures par jour, si possible espacés dans la journée, quatre jours par semaine, avec une pause le mercredi. Une activité adaptée (position assise avec alternance occasionnelle de position debout/assise, avec limitation des charges 5 - 7,5 kg) était possible à 85 - 90 % avec une pause dans la journée ou un départ anticipé en fin de journée.

11. Le 23 juillet 2004, le SMR Léman a retenu une incapacité de travail totale du 29 avril au 7 novembre 2002 et à 60 % dès le 8 novembre 2002. La capacité de travail exigible était de 40 % dans l'activité habituelle et de 85 - 90 % dans une activité adaptée.

12. Une enquête économique sur le ménage du 6 septembre 2004 a conclu à un degré d'invalidité de 11 %, fondé sur un taux d'empêchement de 29 %.

13. Le 13 octobre 2004, la réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité a rendu un rapport selon lequel, si le calcul du degré d'invalidité était effectué sur la base d'une activité adaptée, le degré d'invalidité serait de 74 %. Il était cependant préférable de se fonder sur une capacité dans son activité habituelle de 40 %, ce qui aboutissait à un degré d'invalidité de 37 % pour la part professionnelle. Enfin, des mesures professionnelles n'était pas envisageables.

14. Par prononcé du 19 janvier 2005, et communication à l'assurée du même jour, l'OCAI a constaté un degré d'invalidité de 48 % donnant droit à un quart de rente dès le 29 avril 2003. Il a considéré que l'assurée avait un statut mixte, soit 63 % consacrés à l'activité lucrative et 37 % consacrés aux travaux habituels. Compte tenu d'une capacité de travail dans l'ancienne activité de 40 %, le degré d'invalidité

dans la sphère lucrative était de 37 %. Quant au taux d'invalidité dans les tâches ménagères, il était de 11 %, soit un total de 48 %.

15. Le 26 janvier 2005, l'assurée a informé l'OCAI qu'elle devait à nouveau subir une opération le 28 janvier 2005 par le Prof. B_____ et sollicitait la réouverture de son dossier.

16. Le 2 février 2005, l'OCAI a écrit à l'assurée que si l'opération devait affecter de manière durable sa capacité de gain résiduelle, elle pourrait contacter l'assurance-invalidité et lui fournir les faits nouveaux qui pourraient motiver une réinstruction du droit à la rente.

17. Par décision du 21 février 2005, l'OCAI a alloué à l'assurée un quart de rente ainsi qu'un quart de rente complémentaire en faveur du conjoint dès le 3 février 2005.

18. Par décision du 18 février 2005, la Caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après : la CCGC) a informé l'assurée qu'elle avait droit à un quart de rente de l'assurance-invalidité mais qu'elle ne remplissait pas les conditions du cas pénible pour obtenir une demi-rente.

19. Le 7 mars 2005, l'assurée s'est opposée à la décision de l'OCAI du 21 février 2005 en relevant que l'opération du 28 janvier 2005 était une rechute avec aggravation de son état de santé, laquelle entraînait une incapacité de travail totale de durée indéterminée. Elle marchait difficilement avec deux cannes. Elle sollicitait une rente entière. Elle joignait un certificat médical du 4 mars 2005 du Dr A_____ selon lequel il certifiait que les déclarations motivant le recours à la décision AI étaient conformes à la réalité médicale; la récente opération sur le genou gauche impliquait un arrêt de travail complet jusqu'au 30 avril 2005 au moins, probablement définitif; en outre, la situation de l'assurée était susceptible de s'aggraver.

20. Par décision du 9 mars 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée et renvoyé la cause pour instruction du dossier dans le sens d'une révision en considérant l'opération de l'assurée de janvier 2005 comme un fait nouveau.

21. Par décision du 9 mars 2005, l'OCAI a ainsi versé à l'assurée rétroactivement les rentes dues pour la période du 1er avril 2003 au 31 janvier 2005.

22. Le 6 juin 2005, l'assurée a requis de l'OCAI qu'il se prononce rapidement sur son cas.

23. Le 4 juillet 2005, le Prof. B_____ a attesté, dans un rapport médical intermédiaire, que l'état de santé était resté stationnaire, qu'il n'y avait pas de changements dans les diagnostics, qu'il y avait une évolution soit une ostéotomie du genou gauche le 28 janvier 2005. Dans l'annexe au rapport médical, le médecin

indique que l'état de santé s'est modifié de façon notable depuis janvier 2005, sans aggravation. L'état de santé était stationnaire depuis janvier 2005. On ne pouvait envisager un retour au travail.

24. Le 16 juillet 2005, le Dr A_____ a attesté que l'état de l'assurée s'était aggravé, la dysbalance entre les deux hanches avait nécessité une ostéotomie de varisation du fémur gauche. L'aggravation était manifeste depuis le 29 avril 2002. Une reprise de travail dans toute activité n'était pas possible en raison de la mobilité réduite.

25. Le 22 mai 2006, le Prof. B_____ a écrit à l'OCAI que, suite à un contrôle du 19 avril 2006, il avait constaté une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis l'envoi du rapport médical intermédiaire de juillet 2005. Il poursuit : "la malade se plaint d'une lombalgie chronique, des douleurs dans la partie externe du genou gauche et dans la partie interne du genou à droite, où il y a encore une très mauvaise malposition en varus. En plus, nous constations une métatarsalgie dans le pied droit avec une suspicion d'une névralgie de Morton. Nous avons procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse au genou gauche le 19 mai 2006. En même temps, après avoir procédé un examen de IRM du pied droit, nous avons enlevé le névrome de Morton III/IV à droite. L'assurée a besoin d'une aide ménagère pour le ménage (aspirateur, nettoyage du sol, repassage, etc.). La capacité de travail s'est aggravée notamment depuis l'année 2002. Les déplacements sont limités, la malade peut marcher peu de temps, et en position assise elle peut rester plus ou moins une demi heure. La situation des prothèses totales des hanches est plutôt stationnaire tandis que les douleurs du genou droit se sont aggravés de façon que nous envisageons la correction de la malposition en varus et rotation externe avec un réalignement de la jambe droite peut-être pour la fin de cette année. (…) Une reprise du travail dans l'ancien poste de travail n'est pas possible et dans un autre activité très difficile, parce que la mobilité de la malade est trop réduite; en position debout elle peut supporter maximale une heure et en position assise une demi-heure. En plus, il existe une impossibilité de prendre les transports publics à cause des marches trop hautes. Nous vous rappelons que pour améliorer la symptomatologie avec arthrose interne du genou gauche et malposition en varus une ostéotomie distal du fémur droit est prévue pour la fin de cette année".

26. Le 29 mai 2006, le SMR Suisse romande a rendu un rapport d'examen rhumatologique signé par le Dr D_____, chirurgien orthopédiste FMH.

    L'assurée se plaignait de lombalgies basses après plus de 30 minutes assise et 10 minutes debout ou après 30 minutes de marche. Il pose les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de "séquelles de luxation congénitale des deux hanches, code Q 65.1; status après arthroplastie totale des deux hanches; lombalgies chroniques; discopathie sévère L4-L5, L5-S1, code 51.8; gonalgies bilatérales; status après méniscectomie et abaissement de la rotule à gauche".

Après avoir interrogé et examiné l'assurée le médecin considère que l'exigibilité et les limitations fonctionnelles n'ont pas évolué de façon significative depuis 2002. Sa capacité de travail comme enseignante était de 70 %. Dès le 1er janvier 2003, cette capacité est de 40 % et dans une activité adaptée de 85 %, conformément à la conclusion du Dr C_____.

27. Le 18 juillet 2006, le Dr E_____ a précisé qu'il n'y avait pas d'aggravation à proprement parler mais une augmentation de l'intensité des douleurs. L'exigibilité et les limitations fonctionnelles n'avaient pas évolué de façon significative depuis 2002.

28. Le 24 juillet 2006, le SMR Suisse romande a estimé qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé de l'assurée.

29. Par projet de décision du 17 août 2006, l'OCAI a confirmé à l'assurée son droit à un quart de rente.

30. Le 15 septembre 2006, l'assurée, représentée par un avocat, a écrit à l'OCAI que les taux de 40 % et 85 % étaient insoutenables. Sa lombalgie chronique et la musculature des deux hanches nécessitaient désormais de la physiothérapie en continu; une reprise de travail constituerait un risque post-chirurgical important; elle souffrait depuis 2002 aux genoux et au dos et devait, après l'ostéotomie du fémur gauche, envisager la même opération à la jambe droite le 24 novembre 2006. Les empêchements ménagers étaient plus importants. Elle demandait une expertise médicale.

31. Le 27 octobre 2006, le Dr E_____, a estimé que l'assurée avait les même pathologies connues depuis des années, provoquant les mêmes limitations fonctionnelles.

32. Par décision du 13 novembre 2006, l'OCAI a confirmé à l'assurée le maintien d'un quart de rente.

33. Le 30 novembre 2006, le Dr B_____ a attesté d'une incapacité totale de travail de trois à quatre mois dès le 23 novembre 2006.

34. Le 14 décembre 2006, l'assurée a recouru à l'encontre de la décision du 13 novembre 2006 auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ainsi que, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale.

    Confiante dans l'issue de la procédure de révision, elle n'avait pas jugé utile de recourir contre la décision de l'OCAI du 9 mars 2005. Le Dr B_____ avait décrit l'aggravation de son état de santé le 22 mai 2006, soit depuis le rapport de juin 2004 du Dr C_____. Elle subissait une perte de la mobilité et une

augmentation des douleurs. Sa capacité à effectuer les tâches ménagères avait également fortement diminué depuis janvier 2005, moment à partir duquel elle avait dû se déplacer avec des cannes anglaises.

35. Le 5 février 2007, l'OCAI a répondu au recours en relevant que, suite à l'avis du SMR du 2 février 2007 selon lequel il était impossible de déterminer si l'intervention du 24 novembre 2006 entraînerait une incapacité de travail plus importante, ce qui justifiait une instruction supplémentaire, il était proposé que le dossier soit renvoyé à l'administration pour qu'elle procède aux investigations nécessaires, ce qui ne remettait cependant pas en question la situation antérieure au 24 novembre 2006, les conclusions du Dr E_____ ayant valeur probante.

36. Le 16 février 2007, la recourante a considéré que l'intervention du 24 novembre 2006, dès lors qu'elle était déjà évoquée par le Dr B_____ le 22 mai 2006 ne constituait par un fait nouveau, l'aggravation étant survenue avant la décision litigieuse. Elle craignait aussi que le SMR n'analyse pas la situation avec toute l'objectivité souhaitée et souhaitait une expertise neutre.

37. Le 20 mars 2007, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise au Dr Jacques F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et leur a fixé un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation et sur la mission d'expertise.

38. Les 3 et 5 avril 2007, les parties ont déclaré approuver la mission d'expertise.

39. Le 11 juin 2007, le Dr F_____ a rendu son rapport d'expertise, fondé sur un examen de la recourante des 16 mai et 6 juin 2007, le dossier médical et un entretien avec les Drs B_____ et A_____. Il pose les diagnostics suivants :

    - Séquelles de luxation congénitale des hanches.
    - Status après de multiples interventions pendant l'enfance.
    - Status après prothèse totale de hanche bilatérale, ostéotomie du fémur droit et ablation de plaque.
    - Status après changement de la cupule de la hanche droite.
    - Status après changement de la tige fémorale gauche.
    - Status après méniscectomie et abaissement de la rotule gauche.
    - Status après ostéotomie de varisation et extension du fémur distal gauche.
    - Status après ostéosynthèse d'une fracture de la clavicule gauche.
    - Lombalgies basses de surcharge.
    - Gonalgies bilatérales.
    - Status après ténosynovité sténosante du tendon du long fléchisseur du pouce droit.
    - Status après opération de Morton du 3$^{e}$-4$^{e}$ espace du pied droit.

Il relève que la patiente marche avec une boiterie constante des deux hanches, lentement et avec une canne. La mobilité des hanches est fortement réduite. La patiente ne peut pas rester assise, ni debout longtemps. Le changement de position doit s'effectuer au plus tard toutes les demi-heures. La patiente présente, suite au diagnostic de base de luxation congénitale de hanche bilatérale et de multiples opérations, des lombalgies invalidantes. On observe avec le temps une perte d'autonomie. Les limitations fonctionnelles existent aussi de manière modérée au niveau du genou droit. Lors de l'examen en position verticale, la patiente a toujours cherché à s'appuyer sur ses mains et sur ses fesses contre la table d'examen pour soulager ses membres inférieurs. Dans ces conditions, les limitations fonctionnelles sont très importantes. Elles sont plus importantes qu'en 2002 et encore plus qu'en 2004. L'état de santé s'est aggravé depuis 2002 et depuis 2004 par l'augmentation des douleurs et la réduction de l'autonomie de la patiente. L'état s'est aggravé depuis le 21 février 2005 puisqu'en mars 2005, elle a subi une ostéotomie de varisation du genou gauche et qu'en novembre 2006, elle a subi une ostéotomie de valgisation du genou droit. Cette aggravation a certainement une influence déterminante sur la capacité de travail de l'assurée qu'il j'estime comme nulle actuellement et cela de manière définitive, au vu des douleurs, de la perte d'autonomie et de l'impossibilité de garder une position stable et confortable pendant plus d'une demi-heure. La capacité de travail, compte tenu de tous les handicaps de l'assurée, est nulle aussi bien dans son ancienne activité d'enseignante de théâtre et diction que dans toute autre activité, même dans un poste aménagé et en imaginant des alternances de position. La notion de travail adapté (et lequel ?) lui paraît purement théorique. La capacité de travail est d'autant plus définitive que la patiente est tout de même âgée de soixante ans et qu'elle ne travaille plus depuis quatre ans. Il note enfin que les Drs B_____ et A_____ ont partagé son point de vue sur l'incapacité de travail et l'impossibilité de trouver un travail adapté à la patiente.

40. Le 3 juillet 2007, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas d'observation à faire suite à l'expertise.

41. Le 29 juin 2007, la Dresse G_____, médecin-interniste du SMR, a estimé que l'expert n'avait pas totalement rempli sa mission ni répondu totalement aux questions du Tribunal dès lors qu'il ne discutait pas les points divergents entre l'avis du Dr D_____, l'expertise du Dr C_____ et son examen clinique. Néanmoins, elle admettait une aggravation de l'état de santé de l'assurée tout en relevant qu'il existait une discordance entre ce que l'assurée arrivait à faire à domicile et l'incapacité de travail retenue par l'expert qui tenait d'ailleurs compte de l'âge de l'assurée et de son inactivité depuis quatre ans. L'assurée n'avait pas mis tout en œuvre pour réduire son dommage. Il convenait de demander à l'expert quelle était la capacité de travail de l'assurée depuis la date de l'expertise du Dr C_____ en faisant abstraction de l'âge et de l'inactivité de l'assurée. Il devait aussi se déterminer sur l'examen orthopédique du SMR.

42. Le 6 juillet 2007, l'OCAI a souhaité que le Dr F_____ précise son expertise dans le sens requis par la Dresse G_____ du SMR.

43. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

## EN DROIT

1. a) Par ordonnance du 17 avril 2007, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable et la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) applicable au cas d'espèce.

   b) L'objet du litige consiste à déterminer si la demande de révision du quart de rente octroyé à la recourante dès le 29 avril 2003 est justifiée. En particulier, il s'agit d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis janvier 2005, date à partir de laquelle l'OCAI a, par décision sur opposition du 9 mars 2005 devenue définitive, décidé d'instruire la demande de révision de l'assurée.

2. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

3. Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

   Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à $66^{2/3}$ % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

4. a) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

   L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

   b) Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut donc examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assurée, si elle était demeurée valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assurée, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 117 V 195 consid. 3b; VSI 1996 p. 209 consid. 1c). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396 consid. 3.3, 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références; ATFA du 24 avril 2006, cause I 276/05).

5. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

   Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

7. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

8. En l'espèce, le Tribunal de céans constate que le rapport d'expertise judiciaire se fonde sur deux examens de la recourante, le dossier clinique et radiologique et prend en considération les plaintes de cette dernière. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical, l'expert ayant également pris la peine de contacter les médecins-traitants B_____ et A_____. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude précise, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et la conclusion de l'expert dûment motivée. Cette expertise, contrairement à l'avis de l'intimé, remplit ainsi toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. L'intimé admet d'ailleurs les conclusions de l'expertise constatant une aggravation de l'état de santé de la recourante. Cependant, l'intimé en se fondant sur l'avis de la Dresse G_____, formule un certain nombre de critiques. A cet égard, il convient tout d'abord de relever que cette médecin, qui est interniste, n'est pas spécialiste en orthopédie et ne dispose ainsi pas des mêmes qualifications que l'expert. Ses critiques ne résistent d'ailleurs pas à l'examen comme il sera exposé ci-après :

   - L'expert a estimé qu'il existait une incapacité de travail totale dans toute activité au vu des douleurs, de la perte d'autonomie et de l'impossibilité de garder une position stable et confortable pendant plus d'une demi-heure. Il a mentionné très clairement une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis mars 2005 (recte : janvier 2005 dès lors que l'ostéotomie de varisation du genou gauche à laquelle il fait référence a eu lieu le 28 janvier 2005) et novembre 2006,

aggravation qui avait une influence déterminante sur la capacité de travail de l'intéressée. Contrairement à la critique du SMR, l'expert a remplis sa mission dès lors qu'il a répondu à toutes les questions qui lui étaient posées. A cet égard, l'intimé a eu l'occasion de se prononcer sur le contenu de la mission d'expertise et aurait pu poser des questions complémentaires, ce qu'il n'a pas fait (cf. courrier de l'OCAI du 5 avril 2007). En particulier, s'il estimait nécessaire que l'expert discute les avis du SMR et du Dr C_____, il aurait pu en faire la demande. Quoi qu'il en soit, l'expertise étant claire et suffisamment motivée, il n'y a pas lieu de s'en écarter au seul motif que les Drs E_____ et C_____ seraient d'un autre avis.

- Au surplus, l'expertise du Dr C_____ n'est pas pertinente dès lors qu'elle est datée du 10 juin 2004, soit antérieurement à l'aggravation de l'état de santé de la recourante attestée par le Dr F_____, en 2005 et 2006. Quant à l'examen rhumatologique du SMR du 15 juin 2006, le Dr E_____, après avoir noté l'aggravation des douleurs et des limitations fonctionnelles annoncées par la recourante depuis 2005, l'écarte en une simple phrase ("Après avoir interrogé et examiné l'assurée, nous considérons que l'exigibilité et les limitations fonctionnelles n'ont pas évolué de façon significative depuis 2002" - rapport p. 5). Il n'apparaît ainsi pas utile que l'expert se prononce sur ces deux avis médicaux.

- Il ne ressort par ailleurs pas de l'expertise du Dr F_____ qu'il approuverait celle du Dr C_____, notamment la conclusion de l'existence d'une capacité de travail de 40 % dès le 8 novembre 2002 et de 85 à 90 % dans une activité adaptée. L'expert précise néanmoins (p. 8 expertise) que les limitations fonctionnelles sont actuellement plus importantes qu'en 2004.

- S'agissant des critères de l'âge et de l'inactivité depuis quatre ans de la recourante, l'expert ne les retient pas comme motif de l'incapacité de travail mais estime que celle-ci est d'autant plus définitive au vu desdits critères.

- Le fait que la recourante s'adonne à des tâches ménagères légères ne saurait être la preuve qu'elle disposerait d'une capacité de travail dans le cadre d'une activité lucrative. A cet égard, le TFA a considéré que la tenue du foyer familial recouvre nombre d'activités sans exigence physique particulière (planification, organisation, répartition du travail, contrôle) ou dont les exigences dépendent directement de la taille du ménage et du nombre de ses occupants (préparation des repas, entretien du linge, emplettes etc.). La tenue d'un ménage privé permet, par ailleurs, des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel (arrêt S. du 13 avril 2005 [I 593/03]; ATFA du 17 janvier 2006, cause I 735/04), voire dans une autre activité légère.

En outre, l'expert précise que le ménage est assumé par une femme de ménage et que la recourante, qui ne peut se promener avec des courses au bout des bras, n'effectue que des tâches légères.

- Enfin, la Dresse G_____ affirme sans motivation que la recourante n'a pas mis tout en œuvre pour réduire son dommage, alors même que l'expert a expliqué l'existence d'une incapacité de travail totale dans toute activité.

Il y a ainsi lieu d'admettre, au vu des conclusions de l'expertise, que l'état de santé de la recourante s'est aggravé dès 2005, entraînant une incapacité de travail totale dans toute activité. Bien que la date du début de cette incapacité ne soit pas expressément mentionnée, elle ressort des explications données par l'expert. En effet, les raisons de l'incapacité de travail sont les douleurs, la perte d'autonomie et l'impossibilité de garder une position stable et confortable pendant plus d'une demi-heure, lesquelles selon l'expert se sont encore aggravées dès janvier 2005.

9. a) L'intimé a appliqué la méthode mixte en considérant que la recourante exercerait, sans atteinte à la santé, son activité habituelle à 63 %, le reste, soit 37 % étant consacré aux travaux habituels. La recourante ne conteste pas ce mode de faire. Le taux d'invalidité ménagère ayant été fixé à 11 % lors de l'enquête économique sur le ménage, il y a lieu de le reprendre, ce d'autant que celle-ci tenait déjà compte du fait que la recourante n'effectuait que des tâches ménagères légères. En toute hypothèse, vu le taux d'invalidité global de la recourante, exposé ci-après, la question d'une nouvelle appréciation de sa capacité à accomplir ses tâches ménagères - au vu de l'aggravation de son état de santé - peut rester ouverte.

   b) Dès le 28 janvier 2005, le degré d'invalidité de la recourante est de 74 %, soit 63 % dans la sphère lucrative et 11 % dans la sphère ménagère, de sorte que la recourante a droit à une rente d'invalidité entière.

   c) En application de l'art. 88a al. 2 RAI, le début du droit à la rente doit être fixé au 1er mai 2005.

10. a) En conséquence, le recours sera admis, la décision du 13 novembre 2006 annulée et il sera dit que la recourante a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1er mai 2005. Une indemnité de 2'000 fr. sera allouée à la recourante, à charge de l'intimé.

    b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le

présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'un émolument de 200 fr. sera infligé à l'intimé.

**PAR CES MOTIFS,**
**LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.

3. Annule la décision de l'OCAI du 13 novembre 2006.

4. Dit que Mme R_____ a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1er mai 2005.

5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'000 fr.

6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.

7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

| La greffière | La présidente |
|---|---|
| Nancy BISIN | Valérie MONTANI |

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le